UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1903-1904 N° 561

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PATHOGÉNIE DU SYPHILOME

ANO-RECTAL

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en juillet 1904

Par Léon PUÉCHAVY

MEMBRES DU JURY..... MM. AUDRY, *Président.*
TAPIE,
MAUREL, } *Assesseurs*
BAUBY,

TOULOUSE
CH. DIRION, LIBRAIRE-ÉDITEUR
50, RUE SAINT-ROME, 50

1904

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1903-1904 N° 561

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

PATHOGÉNIE DU SYPHILOME

ANO-RECTAL

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en juillet 1904

Par Léon PUÉCHAVY

MEMBRES DU JURY..... MM. AUDRY, *Président.*
TAPIE,
MAUREL,
BAUBY, } *Assesseurs.*

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

TOULOUSE
CH. DIRION, LIBRAIRE-ÉDITEUR
50, RUE SAINT-ROME, 50
—
1904

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. CAUBET.
ASSESSEUR	FRÉBAULT.

PROFESSEURS

Anatomie	MM. CHARPY.
Histologie normale	TOURNEUX.
Physiologie	ABELOUS.
Anatomie pathologique	TAPIE.
Pathologie et thérapeutique générales	HERRMANN.
Pathologie interne	ANDRÉ.
Pathologie externe	PENIERES.
Médecine opératoire	LABÉDA.
Thérapeutique	SAINT-ANGE.
Hygiène	GUIRAUD.
Clinique médicale	CAUBET. MOSSÉ.
Clinique chirurgicale	JEANNEL. N...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	AUDRY.
Clinique des maladies mentales	RÉMOND.
Pharmacie	DUPUY.
Chimie et Toxicologie	FRÉBAULT.
Matière médicale	BRÆMER.
Histoire naturelle	LAMIC.
Physique	MARIE.
Clinique des maladies des enfants	BÉZY.
Pathologie expérimentale	MAUREL.
Médecine légale	GUILHEM.

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique	MM. SOULIÉ.
Chimie	ALOY.
Histoire naturelle	SUIS.
Bactériologie	MOREL.
Clinique chirurgicale	CESTAN.
Clinique obstétricale	AUDEBERT.
Clinique ophthalmologique	FRENKEL.
Hydrologie	GARRIGOU.
Cours théorique d'obstétrique aux sages-femmes	AUDEBERT.
Cours élémentaire aux élèves sages-femmes	BARDIER.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie interne et Médecine légale	MM. MOREL. RISPAL. FRENKEL.
Chirurgie	BAUBY. N...
Accouchements	N...
Anatomie et Histologie	SOULIÉ.
Physiologie	BARDIER.
Chimie	N...
Physique	CLUZET.
Pharmacie	RIBAUT.
Secrétaire de la Faculté	M. CHAUDRON.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891.)

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

---

*A MA TANTE, M^lle J. P****

A MON FRÈRE HENRI

---

*A MA TANTE, M^lle S. P****

A MON FRÈRE LOUIS & SA FAMILLE

A MON FRÈRE ALBERT

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AUDRY

INTRODUCTION

La syphilis, étant une maladie générale, porte son action sur l'ensemble de l'organisme; cette action s'exerce toutefois d'une façon plus spéciale et plus meurtrière sur certains organes particuliers : le rectum peut être compris dans le lot de ces territoires de prédilection. Les accidents tertiaires surtout, plus circonscrits que les accidents secondaires, ayant moins de tendance à la résolution, arrivent à déterminer des désordres graves dans des régions localisées. C'est ainsi que le syphilome ano-rectal constitue une lésion redoutable. Le rétrécissement qui en est la conséquence, avec tous les troubles fonctionnels que comporte celui-ci, ont depuis longtemps attiré l'attention des observateurs; depuis longtemps aussi on a reconnu que la syphilis était à l'origine de cette affection.

Les discussions intéressant la vraie patho-

génie, c'est-à-dire la question de savoir par quel mécanisme la syphilis peut produire de tels désordres, datent de moins loin ; elles ont été néanmoins le sujet de nombreuses controverses. Nous essayerons, dans le modeste travail qui suit, d'exposer et de développer une théorie qui possède déjà les faveurs d'auteurs compétents et paraît correspondre à l'observation de faits précis.

Dans un premier chapitre, nous ferons un exposé général des lésions tertiaires qu'on observe dans la région du rectum. Nous insisterons sur la description du syphilome ano-rectal.

Un deuxième chapitre sera consacré à la pathogénie de cette dernière affection. Après un historique des diverses opinions émises, nous tâcherons de démontrer le rôle important de la stase lymphatique en nous basant sur des travaux et des observations très documentés.

Le troisième chapitre, complément du précédent, sera destiné à rappeler quelques notions anatomiques concernant les lymphatiques et les veines des régions ano-rectale et vulvaire. Il servira à expliquer la localisation spéciale de la lésion qui nous occupe, tout en faisant ressortir le bien fondé de notre théorie.

Nous essayerons enfin de dégager quelques conclusions de l'ensemble de cet exposé.

Mais, avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis de rendre hommage à tous nos Maîtres

de la Faculté et des Hôpitaux; nous avons pu apprécier leur science et leur dévouement; nous leur sommes reconnaissant de la bienveillance qu'ils ont mise à nous faire profiter de leur expérience.

Nous remercions tout particulièrement M. le Professeur Audry, à qui revient l'idée première de ce sujet et qui nous a aidé avec tant d'obligeance dans nos recherches. Nous nous félicitons d'avoir été l'élève d'un tel Maître; ses leçons si claires, si précises, si pratiques, seront pour nous, dans l'avenir, un guide bien précieux. Pour ces raisons et l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse, il a droit à notre gratitude, dont nous l'assurons sans réserve.

CHAPITRE PREMIER

Exposé général des altérations syphilitiques tertiaires du rectum et de l'anus.

C'est surtout dans sa période tertiaire que la syphilis intéresse cette portion de l'intestin. Pour faciliter la description des lésions diverses qu'on a eu l'occasion d'observer sur cette région, on peut, d'après le Professeur Fournier, les ranger sous trois chefs :

Syphilides gommeuses,

Syphilides ulcéreuses,

Syphilome ano-rectal.

Nous serons très bref sur les deux premières; elles ne se rattachent que très indirectement à notre sujet et leur histoire est peu intéressante.

Syphilides gommeuses. — Les gommes sont rares, en effet, si rares que Fournier dit n'en avoir jamais observées; il fait même les plus grandes réserves au sujet de l'authenticité de certaines observations d'ordre clinique (Zappula) ou histologique (Küster, Freymuth) qui sembleraient pourtant bien répondre à de véritables cas de gommes rectales.

Syphilides ulcéreuses. — Les ulcérations paraissent plus communes, bien qu'on en ait, sans doute, exagéré également la fréquence. Elles ne présentent, d'ailleurs, ici, rien de spécial; leurs caractères sont absolument les mêmes que ceux qu'elles affectent sur les autres muqueuses : bords taillés à pic, non décollés ou très peu, ni saillants ni rouges, un fond gris-jaunâtre. Le plus souvent, elles ne sont que la continuation intra-rectale d'ulcérations de même nature développées sur l'anus, bien qu'elles puissent être aussi originairement et primitivement rectales.

Syphilome ano-rectal. — Nous arrivons maintenant à la troisième variété des lésions syphilitiques de l'intestin, le syphilome ano-rectal. Nous insisterons plus longuement sur cette affection bien décrite pour la première fois par Fournier et qu'il définit : « Une infiltration des parois ano-rectales par un néoplasme encore indéterminé comme structure initiale, mais susceptible de dégénérer en un tissu fibreux rétractile et de cons-

tituer ainsi des coarctations intestinales plus ou moins étendues (1). »

Mais si la première monographie vraiment complète et détaillée sur ce sujet ne remonte qu'à 1875, depuis des temps très reculés les auteurs s'intéressaient à la question du rétrécissement rectal et aux rapports que présente avec lui la syphilis. L'historique le plus complet des diverses opinions émises à ce sujet a été tracé par Juliusburger dans sa longue et importante thèse sur « la connaissance des ulcérations et des rétrécissements du rectum (2) ».

On trouvera dans cette thèse quantité de documents de toute espèce sur les rétrécissements du rectum de n'importe quelle nature. Nous laissons de côté tout ce qui s'y trouve en dehors de la syphilis et indiquons simplement qu'on y rencontrera des renseignements très utiles sur les rétrécissements dus au chancre simple.

Les recherches historiques de Juliusburger sur les lésions rectales d'origine syphilitique sont également très détaillées et nous leur empruntons les renseignements suivants :

Historique. — D'après lui, Rondelet, dès le seizième siècle, avait signalé les rapports qui existaient entre la syphilis et l'intestin, et Astruc

(1) Fournier. Clinique de Lourcine, 1875. — Lésions tertiaires de l'anus et du rectum. Syphilome ano-rectal. Rétrécissement du rectum.

(2) Oscar Juliusburger. Thèse de Breslau, 1884.

considérait la diarrhée comme un signe de vérole confirmée.

Morgagni parle des troubles intestinaux ; Plenck parle d'une proctorrhée vénérienne d'origine rectale.

Richerand remarque nettement que les rétrécissements du rectum surviennent fréquemment par épaississement des parois rectales à la suite de la syphilis.

Laugier, qui distingue les rétrécissements cancéreux, inflammatoires et syphilitiques, indique ces derniers comme les plus fréquents. Bérard et Maslieurat-Lagémard, Baumès, reconnaissent aussi les rétrécissements vénériens du rectum.

F.-A. Simon décrit les ulcérations syphilitiques de la paroi intestinale ; Barensprung en donne toute une série d'observations. (Les quatre qui sont citées par Juliusburger ne mentionnent pas d'accidents inguinaux.)

Bovéro, Nélaton donnent des diagnostics différentiels ou des descriptions cliniques du rétrécissement. Nélaton signale encore des condylomes et des fistules au voisinage de l'anus.

Des descriptions plus ou moins semblables sont données par Reder, puis par Orth. Ce dernier, sur une autopsie, a trouvé un tissu cicatriciel fibreux, épais, allant jusqu'à la musculaire, et, de plus, des ulcérations avec perforation de la paroi, du rétrécissement, etc.

Drysdale, Curling continuent dans cette voie.

Dans l'analyse d'un cas de Curling, on mentionne formellement l'existence d'une cicatrice ulcéreuse sans rétrécissement.

Nous arrêtons ici cet historique ; nous sommes arrivés à une période où l'on ne se contentera plus de constater les faits ; on cherchera à les expliquer. La syphilis est-elle ou non au nombre des causes du rétrécissement du rectum ? Telle est la question qu'on s'est posée jusqu'ici. Comment la syphilis peut-elle produire le rétrécissement du rectum ? Telle est la question qu'on se posera désormais ; elle sera envisagée très diversement. Nous réservons l'exposé de ces discussions pour le chapitre de la pathogénie et nous abordons sans plus tarder la description du syphilome ano-rectal et du rétrécissement rectal consécutif.

Lésion anatomique du syphilome ano-rectal. — Au *rectum,* la lésion se caractérise par une hypertrophie rigide des parois rectales. Cet épaississement des tuniques intestinales, qui varie de quelques millimètres à un centimètre environ, transforme le rectum en un cylindre ferme et inextensible, portant en moyenne sur une hauteur de 4 à 6 centimètres, quelquefois de 7 à 8 centimètres, et occupant toute la circonférence du conduit.

Il s'est produit une infiltration des parois rectales ; les tuniques se sont confondues et transfor-

mées en enveloppes dures, rigides, épaisses. L'intégrité en surface de la muqueuse est toutefois respectée ; il n'y a pas encore d'ulcérations. Jusque-là encore la lésion ne constitue pas de rétrécissement rectal : l'expulsion du bol fécal se fait à peu près normalement ou avec une gêne minime, et comme, de plus, les malades n'éprouvent aucune douleur, on s'explique bien que la maladie passe inaperçue à cette première période.

La lésion peut envahir la région sphinctérienne et même l'*anus;* la différence de siège lui imprime ici des apparences objectives spéciales : « rencontrant à l'anus une région à plicatures froncées, l'hyperplasie morbide prend une forme appropriée. Bridée par les plis anaux et le resserrement du sphincter, elle se segmente en infiltrations partielles, lobulaires, qui figurent au niveau de l'orifice anal autant de petites tumeurs, en apparence indépendantes, libres par leur sommet, mais reliées entre elles par une base commune, laquelle n'est autre que la muqueuse anale » (Fournier). Ces petites tumeurs, d'aspects divers, sont indolentes, fermes et constituent autour de l'orifice anal ce qu'on a appelé le *bouquet condylomateux*. Le caractère hypertrophique du syphilome apparaît nettement.

Parfois, le syphilome anal s'étend en dehors de l'anus; il y constitue, comme l'a bien indiqué Fournier, des *nappes d'infiltration cutanée* qui

s'étendent en suivant la direction des plis radiés. A cette période, le syphilome ano-rectal peut, sous l'influence du traitement, sinon guérir, du moins s'amender. Non traité, il s'aggrave; il devient *fibreux* et, de plus, il *se rétracte.* Le calibre de l'intestin se rétrécit graduellement et c'est lorsque le rétrécissement est constitué qu'on voit apparaître les ulcérations, les fistules et tous les troubles fonctionnels corrélatifs.

Rétrécissement rectal. — Étiologie. — Une notion d'étiologie intéressante nous apprend que le rétrécissement syphilitique du rectum est infiniment plus fréquent chez la *femme* que chez l'homme. On a essayé de donner plusieurs raisons de ce fait : il existerait chez la femme toute une série de causes adjuvantes; l'on a cité comme telles : la constipation, qui entretient vers le rectum une congestion permanente ; — la menstruation, qui, plus énergiquement encore, provoque un état congestif des organes pelviens ; — la grossesse et l'accouchement, qui exercent, par compression, une stase sanguine vers le rectum. C'est ainsi que sur vingt femmes atteintes de rétrécissement rectal, Curling en aurait trouvé neuf qui faisaient remonter l'origine de leur maladie à un accouchement laborieux. Cette interprétation peut avoir quelque vraisemblance. Nous essayerons, dans le chapitre de pathogénie, de montrer que d'autres raisons, d'ordre anatomique, peuvent être

invoquées pour expliquer cette plus grande fréquence chez la femme.

C'est, le plus souvent, chez des sujets *adultes,* dans la période moyenne de la vie, que se rencontre le rétrécissement syphilitique du rectum.

Il peut survenir à un moment plus ou moins reculé de la période tertiaire : assez commun après dix, quinze, vingt ans d'infection, il paraît être plus fréquent encore à un terme moins éloigné, c'est-à-dire entre cinq et dix ans de syphilis.

Une constatation très importante a trait à la *coexistence fréquente du rétrécissement syphilitique du rectum avec des lésions éléphantiasiques de la vulve.* Elle sera signalée fréquemment dans le chapitre suivant; les deux observations qui y sont consignées en sont encore des exemples. En étudiant l'anatomie des systèmes lymphatique et veineux des régions ano-rectale et vulvaire, nous nous rendrons compte que cette coïncidence n'a rien qui doive nous étonner. Elle nous servira, au moment de conclure, d'argument en faveur de notre théorie.

Structure. — Les lésions syphilitiques du rectum se résument, à leur dernière période, en une sclérose rectale. Nous emprunterons quelques détails d'anatomie pathologique à la thèse de Monnot (1) ; celui-ci les doit lui-même en partie à Malassez(2). Au-dessus du rétrécissement, nous

(1) Ch. Monnot. Thèse de Paris, 1882.

(2) Malassez. *Bulletin de la Société anatomique,* 1872.

voyons une portion ulcérée pouvant atteindre une hauteur de 10 à 15 centimètres et ne présentant aucune trace de la muqueuse, mais à la place de celle-ci du tissu embryonnaire. A la limite supérieure de l'ulcération, que dessine une ligne irrégulièrement festonnée, la muqueuse est légèrement décollée, et, dans son épaisseur, entre les conduits glandulaires, existe une certaine quantité de cellules jeunes embryonnaires.

Au niveau de la portion rétrécie, dans le point le plus élevé et le moins dilatable, qui offre à l'introduction du doigt et au passage des matières une si grande résistance, sous la muqueuse généralement lisse et sans ulcérations, on trouve un tissu complètement analogue à celui des bourgeons charnus. Ce n'est que plus bas, dans les parties les moins étroites du rétrécissement, mais les plus anciennes, que l'on voit apparaître des faisceaux de substance conjonctive, rigides, entourés de tissu embryonnaire.

Entre les faisceaux de la tunique musculaire on trouve aussi un assez grand nombre d'éléments embryonnaires infiltrés qui se réunissent en certains points.

On voit encore, entre ces fibres, de petits abcès au début, qui sont sans doute l'origine de ces fistules qui accompagnent les rétrécissements et qui s'ouvrent plus souvent au niveau ou au-dessous du rétrécissement qu'au-dessus de lui. Ces petits abcès, vus par Malassez, confirment l'im-

portance diagnostique que Trélat a attribuée aux fistules purement anales dans l'étude du syphilome et sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir.

En somme, nous voyons que le syphilome ano-rectal pourrait se définir une lésion hypertrophique et ulcéreuse.

Siège. — Le rétrécissement confirmé occupe toujours la portion inférieure du rectum, le plus souvent la région ampullaire, plus rarement la région sphinctérienne.

Forme. — Sa forme est généralement cylindrique, quelquefois annulaire.

Calibre. — Son calibre est variable. Le Professeur Fournier établit quatre degrés. Dans un premier, le rétrécissement peut être franchi sans peine par le doigt indicateur. Dans un deuxième, ce doigt ne pénètre qu'à frottement et en surmontant une certaine résistance. Le rétrécissement du troisième degré n'admet que le petit doigt. Enfin, comme terme extrême, la lumière du rétrécissement n'a plus qu'un demi-centimètre de diamètre environ ; une sonde de trousse peut seule y pénétrer.

Symptomatologie. — Nous avons vu que la symptomatologie du début de l'affection était très vague. A mesure que la lésion progresse, que le tissu embryonnaire infiltrant les tuniques du rectum subit la transformation fibreuse, et que, par ce fait, s'accroît la coarctation, les troubles

augmentent, mais très progressivement, de façon à laisser le malade dans une certaine illusion pendant un temps parfois très long ; la rareté et la difficulté des selles, premier phénomène, lui laissent croire qu'il est simplement constipé.

A *l'état confirmé*, le rétrécissement ne saurait avoir, d'après Fournier, en tant que stricture intestinale, une symptomatologie différente de celle par laquelle s'accusent les strictures intestinales de tout genre. Comme dans tout conduit rétréci, il se produit, en amont de l'obstacle, une dilatation sacciforme ; la paroi distendue s'ulcère et se perfore, des trajets pathologiques *collatéraux* détournent le courant.

Trélat (1) professe une opinion contraire ; pour lui, les fistules qu'on observe dans ces cas intéressent la région inférieure au point rétréci ; loin de conduire, sur les côtés du rétrécissement, jusqu'au-dessus de lui, elles commencent plus bas que lui, entre le néoplasme et le sphincter. Fournier admet que le syphilome ano-rectal ne s'ulcère jamais en tant que syphilome ; Trélat constate, au contraire, la présence d'ulcérations.

Troubles fonctionnels. — On peut les ranger sous les quatre chefs suivants : rétention stercorale ; — modifications de forme et de calibre des matières ; — suppuration rectale ; — fistules.

(1) Trélat. Rétrécissement syphilitique du rectum, *Progrès médical*, 1878.

a) Rétention stercorale. — Les malades ne peuvent plus avoir de selles que tous les huit ou quinze jours, parfois moins souvent encore ; c'est dire que celles-ci ne se produisent que par débâcles, lorsque l'irritation de l'intestin a produit une transsudation séreuse suffisante pour délayer les matières. Les purgatifs, du fait de l'abus prodigieux qui en est fait d'abord, finissent bientôt par ne plus produire d'effet.

Non seulement les selles sont rares, mais elles sont difficiles. Les malades s'efforcent d'atténuer les douleurs qu'elles occasionnent en employant les moyens les plus divers et les plus bizarres.

b) Modifications de forme et de calibre des matières. — Les matières se moulent sur la filière étroite qu'elles ont à passer et prennent des formes tantôt rubanées, tantôt ovillées.

c) Suppuration rectale. — Cette suppuration tire sa source soit de l'ulcération supérieure au rétrécissement, ulcération vaste et constante, soit des ulcérations inférieures à ce rétrécissement et dont le Professeur Trélat assure la fréquence. En outre, à cause de son état congestif et inflammatoire chronique, la muqueuse rectale sécrète un mucus visqueux qui enrobe les matières fécales d'une enveloppe glutineuse. Comme les selles peuvent être molles, il arrive fréquemment que les malades soient traités pour accidents dysentériformes.

Il peut arriver que les selles soient exclusive-

ment purulentes. Dans ce cas, le pus est excrété tantôt par fusées, tantôt par une filtration insensible, selon que le sphincter anal est ou n'est plus actif.

d) Fistules. — Trélat, nous l'avons vu, a signalé le premier des fistules dont l'origine est inférieure au point rétréci. La simple constatation de ces fistules, avec leur physionomie propre, a suffi à cet auteur, dans plusieurs cas, pour affirmer le diagnostic de syphilome.

D'autres fistules, dont l'orifice rectal est supérieur au rétrécissement, s'observent ici comme dans toutes les sténoses intestinales. Ce sont des voies collatérales par où s'écoule sans cesse un mélange de bouillie stercorale, de pus et de sang.

Sous l'influence de ces troubles divers, il est aisé de comprendre que la santé s'altère gravement. On assiste à la détérioration progressive et continue de l'économie ; la moindre affection intercurrente enlève rapidement et facilement ces malades affaiblis ; beaucoup d'entre eux deviennent phthisiques. Même sans ces accidents, la santé se prolonge davantage sans doute, mais elle n'est qu'un long supplice.

La durée de l'affection a des limites assez difficiles à apprécier, car le début de la lésion échappe au malade et, par le fait, au médecin. Plus tard encore, certaines conditions, les unes relatives à la forme et au calibre du rétrécissement, les au-

tres relevant des soins pris par les malades, de l'intervention de l'art, font varier dans de larges mesures la durée de la période où le rétrécissement, bien que confirmé, ne s'accuse que par des troubles fonctionnels exclusivement locaux ; des malades affligés de rétrécissement rectal, même assez étendu, peuvent conserver pendant des années une santé moyenne. Mais, une fois que les troubles fonctionnels locaux retentissent sur l'ensemble de l'organisme, les progrès des symptômes généraux sont toujours rapides si l'art n'intervient pas ; dans l'espace de quelques mois, la maladie aboutit à la terminaison fatale.

Nous croyons inutile d'insister sur la gravité du pronostic que comporte le rétrécissement syphilitique du rectum et nous aborderons, sans plus tarder, l'étude de la pathogénie du syphilome ano-rectal.

CHAPITRE II

Pathogénie du syphilome ano-rectal.

Maintenant que nous connaissons le syphilome ano-rectal, les lésions qu'il détermine, les symptômes auxquels il donne lieu, ses conséquences désastreuses, il faut nous demander par l'intermédiaire de quelles influences la syphilis peut provoquer de tels désordres. La question a été souvent posée et les nombreuses solutions qu'elle a reçues nous témoignent de la difficulté du problème.

Nous passerons d'abord en revue les diverses théories émises à ce sujet en reprenant l'historique que, dans le précédent chapitre, nous avions laissé en suspens au moment où il allait entrer

dans la période vraiment scientifique. Nous ferons encore appel à la thèse de Juliusburger, tout en complétant par endroits les renseignements qu'elle nous fournit.

Historique. — Juliusburger ne cite pas moins de dix-sept auteurs ayant indiqué le *chancre syphilitique* comme la cause des lésions rectales. Habituellement, bien entendu, le chancre est anal; le chancre rectal paraît extrêmement rare. Tous ces auteurs admettent plus ou moins l'influence directe du chancre.

C'est ainsi que Gosselin, dans un travail qui repose sur douze observations, affirme que le chancre a immédiatement précédé le rétrécissement et que la lésion locale est seule en cause : « Le rétrécissement dit syphilitique du rectum n'est point un accident constitutionnel, mais une lésion de voisinage développée au-dessus des chancres de l'anus, c'est-à-dire qu'une inflammation s'est développée autour du chancre et s'est propagée au-dessus de lui, à une certaine hauteur, et que cette inflammation, suppurative dans la portion sphinctérienne, est devenue hypertrophiante à la jonction des portions sphinctérienne et ampullaire, et ulcéreuse dans celle-ci (1). »

Plus tard, Desprès, tout en acceptant la théorie de Gosselin, émet une opinion nouvelle, celle des *chancres phagédéniques*, qui, selon lui, devrait

(1) Gosselin. *Arch. gén. de Méd.*, 1854, t. IV.

s'appliquer à la majorité des rétrécissements syphilitiques du rectum (1).

En 1873, la pathogénie du syphilome ano-rectal revint en question. Une discussion s'ouvrit à ce sujet à la tribune de la Société de Chirurgie, par l'initiative de A. Guérin, qui affirmait que certains rétrécissements rectaux syphilitiques sont une conséquence de manifestations constitutionnelles. Ce fut pour Verneuil l'occasion d'expliquer les lésions rectales (dans certains cas) par un travail analogue à celui qui se produit dans le testicule vénérien. Il combattit les théories précédentes : si cette action de voisinage du chancre était réelle, en effet, elle devrait aussi se manifester ailleurs qu'au rectum. De plus, le chancre est rarement phagédénique ; il est trop superficiel pour laisser une cicatrice, et il s'écoule un temps trop long entre la disparition du chancre et l'apparition du rétrécissement pour pouvoir établir un rapport entre les deux.

Un certain nombre d'autres auteurs considèrent que la syphilis secondaire peut produire des ulcérations et des rétrécissements du rectum. Tels sont Bonorden, Pillon, Barensprung, qui décrivent des érosions, des ulcérations, des condylomes ; Vidal, qui dit : « Le rétrécissement syphilitique est dû à l'envahissement du rectum par des fongosités parties de la marge de l'anus. »

(1) Desprès. Chancres phagédéniques du rectum, *Archives générales de Médecine*, 1868.

Enfin, un grand nombre d'auteurs décrivent, en effet, des ulcérations et des papules sur le rectum. C'est pourquoi Muron et Malassez ont admis que le condylome large était l'origine des rétrécissements syphilitiques cicatriciels, et Mauriac a insisté sur ce fait que les syphilides érosives de la muqueuse anale étaient beaucoup plus fréquentes et mieux développées chez la femme que chez l'homme et qu'elles pouvaient s'accompagner de rétrécissement.

Fournier, Jullien ont observé des syphilides ulcéreuses comme cause du rétrécissement rectal après la deuxième ou la troisième année de l'infection.

Maintenant viennent les théories de ceux qui admettent qu'il s'agit de syphilis tertiaire. Ils sont très nombreux ; il suffira de citer les descriptions de Jullien, de Cornil, de Malassez, etc.

(Chemin faisant, Juliusburger résume un très grand nombre d'observations. Nous n'en avons pas trouvées qui mentionnent avec précision l'existence d'accidents du côté des ganglions.)

Rien, non plus, dans les autopsies de Barensprung, etc. Cullerier décrit particulièrement des petites gommes sous-muqueuses, des ulcérations, etc. Deux autopsies de Hüet ne révèlent rien de particulier à notre point de vue, non plus qu'une de Beer. Celui-ci décrit, au point de vue histologique, un processus initial exsudatif d'in-

filtration parenchymateuse aboutissant à la destruction et à l'atrophie et un processus secondaire hyperplasique.

Pas de détail nous intéressant dans une autopsie de Hédénius, ni dans une autre de Warfvinge et Blix.

Enfin, en 1875, viennent les travaux de Fournier sur les lésions tertiaires de l'anus et du rectum. Mollière, Godebert, Duplay, Trélat s'occupent aussi de la question. Monnot fait paraître une thèse qui réflète les idées de Fournier.

Au total, Juliusburger résume, soit dans le texte, soit en tableaux, cent quarante-trois observations dans le détail desquelles, d'ailleurs, nous n'avons pas à entrer.

Au point de vue étiologique, il trouve comme fréquence soixante-quatre femmes pour neuf hommes. Le rôle du coït anal ne serait pas douteux : la muqueuse rectale est plus fragile que la muqueuse vaginale; le pénis est plus traumatique pour le rectum, à cause de la direction (Ponfick).

En somme, cette longue énumération nous montre à quelles tergiversations a été soumise la question qui nous occupe; mais, parmi les nombreuses théories qui ont eu tour à tour la faveur des différents auteurs, nous n'en trouvons encore aucune qui ait le moindre rapport avec le point de vue spécial auquel nous nous plaçons.

Esthiomène ano-recto-vulvaire et stase lymphatique. — Il faut considérer l'article de Riedel (1) comme le point de départ des travaux qui ont eu pour objet l'étude des œdèmes et éléphantiasis consécutifs aux extirpations des ganglions lymphatiques.

Nous n'avons pas à reproduire ici de nombreuses publications qui ont eu un objet voisin. Cette étude a été faite en détail dans un travail de Franz Koch : « Ulcus vulvæ » (chronicum, elephantiasticum, etc.) (2). Ce travail de Koch a été déjà analysé longuement dans la thèse de Longeau-Lagrange (3). Si l'on se reporte à ce dernier, on voit que parmi les ulcérations chroniques éléphantiasiques de la vulve, il en est certainement un grand nombre, sinon la totalité, qui doivent leur existence ou leur résistance, en même temps que leur aspect éléphantiasique, au mécanisme que nous invoquons.

Vingt observations relevées par Koch dans le service de Jadasohn ou de Neisser sont toutes relatives à des femmes qui portent des ulcères chroniques de la vulve, lésion décrite en France sous le nom d'esthiomène.

Parmi ces malades, les unes ont subi des interventions plus ou moins complètes sur les gan-

(1) Riedel. *Archiv Langenbeck*, t. XLVII, p. 216.
(2) F. Koch. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. XXXIV, p. 205.
(3) Longeau-Lagrange. Thèse de Toulouse, 1902.

glions inguinaux ; les autres présentent des adénopathies.

Koch donne ensuite une description de l'esthiomène et en signale les localisations sur les grandes lèvres, près du méat urinaire, et aussi, détail intéressant, à l'anus et au rectum, en insistant sur les déformations éléphantiasiques et polypeuses.

Dans les antécédents des femmes porteuses d'ulcérations éléphantiasiques, on note souvent la suppuration des ganglions ; mais, d'après l'auteur cité, il faut admettre que le seul fait de l'inflammation ganglionnaire peut suffire à entraîner la stase du système lymphatique qui aboutit à ces ganglions.

D'autre part, les travaux de Bayer semblent établir que les extirpations des ganglions lymphatiques peuvent amener un œdème durable dans les régions voisines, si ces extirpations s'accompagnent d'inflammation ou d'un processus cicatriciel dans tout le tissu conjonctif.

F. Koch admet enfin que si les rapports du chancre simple avec l'esthiomène ne sont pas douteux, tout autre processus ulcéreux, syphilitique par exemple, peut aboutir au même résultat. En ce qui concerne la syphilis, on peut établir une comparaison entre les lésions ulcéreuses et hypertrophiques de la vulve et le syphilome ano-rectal.

Déjà nous voyons que parmi ces ulcérations

chroniques, dites quelquefois esthioménales, il en est un certain nombre qui se localisent à l'anus et au rectum en même temps qu'à la vulve, et cela même dans des cas où il semble qu'on ait pu légitimement exclure la syphilis.

Nous nous proposons purement et simplement, dans le travail qui suit, d'étudier les lésions ano-rectales dont l'origine syphilitique paraît certaine, lésions dont nous avons fait la description anatomique et clinique sous le nom de syphilome ano-rectal.

Notre but est de montrer que parmi les manifestations de cette lésion il y en a un certain nombre qui ne relèvent pas purement et directement de la syphilis, mais bien d'un mécanisme semblable à celui légitimement invoqué pour les variétés éléphantiasiques d'ulcère chronique de la vulve.

La question qui nous occupe est assez obscure et la raison en est que, parmi les ulcérations chroniques ano-rectales à variétés plus ou moins éléphantiasiques, il en est dont la nature syphilitique est discutée. On l'a vu par ce qui précède : on suppose qu'il peut y avoir des ulcérations chroniques du rectum associées à des lésions vulvaires dont l'origine lymphatique est certaine, tandis que la syphilis paraît devoir en être exclue.

Pour le moment, il nous reste un fait acquis, c'est que des lésions éléphantiasiques et ulcé-

reuses peuvent résulter d'altérations ganglionnaires. Nous prenons acte, en outre, des déclarations de Koch, qui, tout en étudiant la question au point de vue spécial du chancre simple, admet que la syphilis peut aboutir à un résultat identique.

Si nous voulions en croire Bandler, nous pourrions même aller jusqu'à mettre réellement sur le compte de la syphilis le genre de lésions que nous venons de passer en revue. Nous allons voir, en effet, que cet auteur est fortement porté à croire que beaucoup des malades de Koch sont des spécifiques.

Lésions ano-recto-vulvaires et syphilis. — Bandler a étudié les lésions ano-recto-vulvaires chez les prostituées, en insistant sur le fait que ses observations se rapportent à des cas dont la nature syphilitique est manifeste. Dans son travail intitulé : « Sur la connaissance des modifications éléphantiasiques et ulcéreuses des organes génitaux externes et du rectum chez les prostituées (1) », il commence par décrire des troubles ulcéreux et hyperplastiques qu'on observe sur la vulve et les régions voisines : urèthre, commissure inférieure de la vulve, anus (2). Il signale

(1) Victor Bandler. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. XLVIII, p. 337.

(2) Il faut noter que Bandler insiste sur ce fait qu'il a affaire à des prostituées de bas étage. Les lésions hypertrophiques et ulcéreuses qu'il signale, soit à la vulve, soit au rectum, ne sont pourtant pas l'apanage exclusif de cette catégorie de sujets. Nous n'en voudrons pour exemple que le cas relaté dans l'observation I^re^, où il s'agit d'une femme mariée menant une vie très régulière, en dehors des influences de la misère.

des ulcérations chroniques persistantes plus ou moins profondes, des œdèmes, des indurations. Pour l'anus et pour les muqueuses, il note les rhagades, les sillons, les érosions, les ulcérations. Il insiste sur l'infiltration dure, accompagnée de petites ulcérations qui pénètrent à un centimètre ou deux dans la muqueuse rectale. Il montre enfin comment s'établit définitivement une infiltration hyperplastique aboutissant à la formation de végétations plus ou moins polypeuses. Tout ce processus peut s'étendre en profondeur, s'accompagner de fistules secondaires faisant communiquer le rectum et le vagin. Enfin, il observe que chez un grand nombre de prostituées on peut observer des rétrécissements du rectum ; lui-même en a vu six cas en deux ans. Il est porté à croire que des lésions de ce genre sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne se l'imagine et qu'elles passent inaperçues parce qu'on n'examine pas le rectum.

Signalant ensuite le travail de Koch, Bandler fait remarquer que chez bon nombre des malades observées par cet auteur sont mentionnées des ulcérations éléphantiasiques de l'anus et du rectum ; d'après lui, ces malades sont des syphilitiques avérées. (Juliusburger, Polchen, Rillet admettent également que dans ces cas il s'agit très probablement de syphilis.) Et si Bandler admet que très souvent il s'agit bien, dans les cas observés par Koch, de lésions de vérole, c'est en se basant sur ce fait que ses malades à lui, por-

teuses de lésions analogues, sont toutes reconnues spécifiques si on y regarde de près : à défaut de renseignements précis sur leurs antécédents, c'est l'existence d'autres accidents ou l'influence du traitement qui imposent ce diagnostic.

Mais, après avoir reconnu que ces lésions correspondent bien au syphilome ano-rectal de Fournier, étendu autour du rectum dans la profondeur, il paraît peu disposé à admettre le rôle de la stase lymphatique dans leur pathogénie, en déclarant qu'il y a des cas où les ganglions ne paraissent pas intéressés.

Syphilome ano-rectal et lésions de phlébite. — La question nous apparaît sous un jour nouveau en parcourant le travail d'un autre auteur allemand, Schuchardt : « Sur la connaissance des ulcérations syphilitiques du rectum (1). » La notion de stase lymphatique n'intervient pas ; on doit chercher dans les lésions des vaisseaux sanguins le point de départ des accidents ano-rectaux de ce genre. C'est le travail auquel il sera fait plus loin allusion par Waelsch.

Schuchardt décrit de véritables télangiectasies gommeuses de la muqueuse, des nodules plus ou moins volumineux qui sont des gommes, des infiltrats cellulaires périvasculaires, des lésions de méso et d'endophlébite. Il confirme d'une manière

(1) Karl Schuchardt. *Virchow Archiv für pathologie und anatomie*, t. CLIV, p. 46.

particulièrement explicite le travail de Rieder en ce qui touche l'infiltration vasculaire.

Des divers travaux analysés jusqu'ici ne saurait se dégager encore aucune idée précise. L'opinion formulée par Koch nous était sans doute favorable, mais de façon simplement hypothétique : la syphilis est bien capable de se comporter comme le chancre simple, mais il n'y a pas d'observations pour le confirmer. — Nous avons essayé de transformer cette hypothèse en réalité, en invoquant le témoignage de Bandler qui garantit en quelque sorte la nature syphilitique des lésions observées par Koch; seulement, ce témoignage n'en laisse pas moins la question en suspens, puisque son auteur finit par nier, ou à peu près, l'influence de la stase lymphatique.

Dans ces conditions, une conclusion nette exigeait des faits précis. Waelsch nous en fournira d'irréfutables; à son tour, il combattra le rapport de Bandler en se servant précisément de l'une des malades observées par celui-ci pour montrer, le microscope en main, d'importantes lésions intéressant les canaux et les ganglions lymphatiques.

Il notera en même temps, et en concordance d'idées avec Schuchardt, des altérations relevées sur les vaisseaux sanguins; il fera ainsi marcher de pair, dans la pathogénie du syphilome ano-rectal, le rôle de la stase lymphatique et celui de la phlébite.

Rapports des lésions lymphatiques et veineuses avec le rétrécissement syphilitique du rectum associé a l'éléphantiasis de la vulve. — L'important travail de Waelsch, de même que celui de Bandler, émane de la clinique de Pick et traite des rapports entre les rétrécissements du rectum, l'éléphantiasis de la vulve et la syphilis (1). Il mérite une analyse un peu détaillée.

L'auteur commence par rappeler le travail de Bandler. Il aborde ensuite la question de l'étiologie et de l'anatomie pathologique du rétrécissement du rectum.

Etiologie. — Ponfick, et beaucoup d'autres auteurs après lui, incriminent les traumatismes et particulièrement la sodomie, celui-ci, bien entendu, pouvant très bien ne pas être le seul.

Nickel incrimine la stase des matières fécales, qui amènerait une véritable ulcération du décubitus. Il se base sur les recherches de Grawitz qui, chez le cobaye, a déterminé des nécroses artificielles de la muqueuse. D'ailleurs, pour Nickel, les lavements, le toucher rectal, etc., pourraient avoir les mêmes effets.

Schuchardt admet aussi le rôle des traumatismes, de la coprostase, etc.; néanmoins, de recherches ultérieures il arrive à conclure que la syphilis restait la cause habituelle de ces modifications du gros intestin, faisant valoir ce fait que,

(1) Ludwig Waelsch. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. LIX, p. 359.

histologiquement, les lésions sont étendues à toutes les régions de l'intestin.

Rose, insistant sur les productions hypertrophiques, établit une analogie avec l'éléphantiasis tubéreux de la peau ; il l'appelle éléphantiasis du rectum. Il est évident que, dans ces cas-là, Rose envisage l'affection que Mauriac a décrite comme une infiltration scléro-gommeuse du canal intestinal, que Fournier appelle syphilome ano-rectal et que Lang décrit également comme syphilitique, maladie dans laquelle le segment inférieur de l'intestin présente une infiltration diffuse, sans ulcérations, en forme de néoplasme, qui aboutit à la formation de tissu fibreux rétractile et sur lequel se greffent des ulcérations ultérieures.

A côté de ceux qui invoquent le chancre anal (Gosselin), des ulcérations phagédéniques (Desprès), d'autres incriminent des ulcérations dysentériques ou d'origine mercurielle survenues sur des hémorrhoïdes.

On incrimine également les blennorrhagies, rectales bien entendu, en s'appuyant sur ce fait qu'elles s'accompagneraient d'ulcérations capables d'aboutir à des sténoses.

Polchen croit, au contraire, qu'il s'agit surtout de périrectite, suppurée ou non, consécutive à des bartholinites ouvertes dans le rectum; d'autre part, il insiste sur la fréquence des fistules recto-vaginales dans ces cas.

Enfin, en dernier lieu, on a insisté sur la co-

existence, avec des ulcères chroniques du rectum, de l'éléphantiasis de la vulve, dans des cas où les lésions des ganglions lymphatiques de la région paraissaient jouer un rôle.

Anatomie pathologique. — Waelsch a pu utiliser l'autopsie d'une des malades de Bandler qui succomba à une tuberculose pulmonaire et intestinale. Outre les lésions de tuberculose, de l'inflammation des annexes, etc., il existait encore les ulcérations décrites par Bandler. La muqueuse vaginale était érodée et rouge. Depuis l'anus jusqu'à dix-huit centimètres au-dessus, le rectum était épaissi, érodé, criblé de fistules, dont quelques-unes pénétraient jusqu'à l'anus.

A droite, les *ganglions inguinaux* manquaient ou étaient infiltrés; les *ganglions iliaques* étaient diminués, infiltrés; les *ganglions lombaires,* d'un rouge pâle, augmentés de volume.

L'examen histologique de ce rectum ne montra point de lésions tuberculeuses, mais bien des ulcérations s'étendant dans la couche musculaire.

Waelsch insiste particulièrement sur ce qu'il existait des lésions très caractérisées des *veines,* d'endo et mésophlébite, telles que Rieder les a décrites. La lumière des veines était rétrécie par prolifération de l'endothélium ou bien par une prolifération sous-endothéliale. Il montre que, dans ce cas-là, les lésions étaient tout à fait analogues à celles que Rieder et Schuchardt ont décrites dans la tumeur syphilitique du rectum, que

Fraenkel a signalées dans l'ulcération syphilitique de l'estomac et Oberndorfer dans l'ulcération syphilitique du gros intestin.

Waelsch a étudié aussi la structure des masses d'infiltration dure dans lesquelles le rectum était enfermé. Elles étaient formées en gros par un bloc anormal de tissu conjonctif, avec des points de dégénérescence graisseuse, des infiltrats inflammatoires, etc.

Il a examiné aussi histologiquement *des ganglions inguinaux, iliaques et lombaires.* Il n'y était plus possible de reconnaître les couches médullaire et corticale. Les follicules médullaires étaient à peine reconnaissables. Tout l'ensemble du ganglion était, d'ailleurs, radicalement transformé par l'inflammation.

Du côté des *vaisseaux sanguins,* il y avait de l'endartérite oblitérante très intense ; dans les veines, une mésophlébite manifeste.

Les *vaisseaux lymphatiques* étaient profondément modifiés. Dans les glandes même, les sinus et les lacunes étaient étouffés. Les vaisseaux lymphatiques afférents étaient fortement dilatés, leur endothélium fortement épaissi, transformé en épithélium cylindrique à noyaux ronds disposés en couches ou en végétations. De loin en loin, de petits territoires entourés de cellules épithélioïdes et de faisceaux de fibres élastiques épaisses.

Waelsch n'hésite pas à établir un rapport entre

l'ensemble de ces altérations profondes des ganglions lymphatiques et l'existence d'éléphantiasis vulvaire. A ce propos, il rappelle et développe les conclusions du travail de Koch que nous avons indiquées.

En définitive, Waelsch admet avec Bandler que la syphilis est souvent à l'origine des lésions qui nous occupent. Il admet aussi avec Koch qu'il faut, pour engendrer ces lésions, des conditions étiologiques particulières.

Waelsch en arrive à conclure que le syphilome ano-rectal peut être une lésion, non pas immédiatement syphilitique, mais parasyphilitique, c'est-à-dire engendrée indirectement par la vérole, celle-ci agissant par l'intermédiaire des lésions lymphatiques qu'elle détermine.

Note. — Tout récemment, Tschlenow est revenu sur la question, dans un travail sur les rapports entre l'éléphantiasis de la vulve et la syphilis (1).

La première partie de son étude est consacrée à l'analyse des divers mémoires dont nous avons parlé. Il ne s'y occupe d'ailleurs point du rectum.

Sa conclusion est que, dans l'éléphantiasis vulvaire, la syphilis joue un grand rôle, mais pas aussi exclusif que le veulent Bandler ou Waelsch.

(1) Tschlenow. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. LXV, p. 187.

OBSERVATIONS

Les conclusions de Waelsch concernant le rôle de la stase lymphatique sont aussi celles qui se dégagent de deux observations très intéressantes relevées par M. le Professeur Ch. Audry. La première a été communiquée à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie dans sa séance du 5 février 1903. La deuxième est inédite; nous devons à l'obligeance de notre cher Maître de pouvoir la publier ici.

OBSERVATION PREMIÈRE

Il s'agit d'une jeune femme mariée menant une vie très régulière et hors des influences de la misère. Elle est âgée de vingt-trois ans au moment où remonte la communication; passablement nerveuse, il est extrêmement difficile de reconstituer exactement son histoire. En voici toujours les grands traits :

Mariée depuis huit ans; son mari était syphilitique; elle l'ignorait, naturellement. Elle a présenté des accidents d'ulcération vulvaire, il y a six ou sept ans, accidents qui ne furent pas définis à ce moment. Puis, apparurent les signes d'anémie : pâleur, anorexie, faiblesse, etc., et la malade fut soignée pendant trois ou quatre ans comme une nerveuse.

Il y a cinq ans, adénite inguinale suppurée double, qui fut incisée et guérit après plusieurs mois de fistulation.

Après ce moment, la malade paraît avoir été traitée pour de la syphilis, car elle a subi des injections.

A la fin de 1899, elle commença à souffrir d'une ulcération vulvaire et d'une autre ulcération bourgeonnante de la partie antérieure de l'urèthre.

En mars 1901, elle se présenta à M. Audry, qui constata l'existence d'une ulcération peu profonde de la partie inférieure de la vulve et d'une petite tumeur bourgeonnante occupant la partie antérieure de l'urèthre et faisant saillie par le méat. A ce moment, il n'y avait aucun accident d'œdème vulvaire. Un fragment du bourgeon uréthral fut excisé et examiné : il s'agissait de lésions syphilitiques, très reconnaissables histologiquement grâce à l'existence de petites gommes miliaires. Les injections de calomel, conseillées alors, furent assez mal tolérées et très douloureuses. Toutefois, elles amenèrent la guérison de la lésion uréthrale et de l'ulcération vulvaire.

Cependant la malade, qui avait abandonné tout traitement spécifique sérieux, continuait à se plaindre. Depuis quelque temps, elle souffrait de l'anus et y présentait de petites tuméfactions; elle affirmait que

ces lésions remontaient à plus d'un an, mais qu'elle n'avait jamais voulu en parler.

La malade fut revue en décembre 1902, et voici ce qu'il fut permis de noter à ce moment : guérison complète de la vulve; la fourchette, un peu élargie, laisse voir une muqueuse vaginale saine et blanche; il existe une dépression dans l'urèthre, au niveau de la paroi inférieure du méat; cette dépression cicatricielle a remplacé le bourgeon ulcéré constaté vingt mois auparavant.

Toute la grande lèvre gauche est quadruplée de volume, œdémateuse, rouge, ferme, indolente, sans érosion ni ulcération; la malade dit que ce gonflement date de quelques jours, mais qu'il s'est produit et a disparu à plusieurs reprises antérieurement.

A la partie antérieure de l'anus, masse bourgeonnante, saillante, en colonne plutôt que pédiculée, du volume d'une noix. Cette masse est ferme, rose, indolente, non ulcérée, ni érodée du côté du périnée. Du côté de l'anus, elle est creusée par une sorte de fente, de sillon profond; ce sillon est revêtu d'une ulcération bourgeonnante, rose, suppurant abondamment. Il n'y a ni odeur, ni douleur.

Le doigt, suivant ce sillon, pénètre facilement dans le rectum, où plonge l'ulcération. La partie antérieure et les côtés de l'anus offrent de petites masses saillantes et fermes; l'anus laisse facilement entrer le doigt, comme si le sphincter avait perdu sa contractilité dans l'infiltration diffuse de toute la région. Il est difficile de dire exactement jusqu'où s'élèvent les désordres; mais il semble qu'à l'extrémité de l'index, à huit centimètres environ, le canal rectal reprenne

une consistance normale. Il n'existe aucune trace de sténose. La défécation s'opère normalement. La malade est obligée de se baigner et de se laver à chaque instant, en raison des sécrétions abondantes qui s'échappent des ulcérations anales. Dans l'un et l'autre plis inguinaux, cicatrices gaufrées, un peu déprimées, caractéristiques des suppurations ganglionnaires.

En somme, syphilome ano-rectal vulgaire, associé à des accidents d'œdème chronique vulvaire, chez une femme antérieurement traitée et guérie de lésions syphilitiques ulcéro-gommeuses de l'urèthre et de la vulve, toutes lésions postérieures à des suppurations prolongées des ganglions inguinaux des deux plis de l'aine, lésions évidemment syphilitiques de nature et de cause, mais très probablement provoquées, entretenues et modifiées par les troubles de circulation lymphatique dus aux altérations ganglionnaires.

OBSERVATION II

Il s'agit d'une femme âgée de trente-un ans, actuellement chanteuse de café-concert, sans antécédents héréditaires (le père est mort de pneumonie, la mère est vivante, deux sœurs sont bien portantes).

Elle-même a présenté sur la face antérieure de l'avant-bras gauche un placard d'inflammation chronique et superficielle qui était vraisemblablement une

tuberculose verruqueuse et qui n'a guéri que par l'extirpation de cette dernière.

Défloree en 1890.

En 1892, blennorrhagie (uréthrite, métrite cervicale). Traitée et guérie.

En 1894, très petit chancre syphilitique sur le bord de la petite lèvre gauche. Adénopathie inguinale de ce côté, bien caractérisée. La maladie a évolué normalement (roséole légère, plaques muqueuses). La malade avait une assez bonne hygiène et se traitait assez régulièrement par les pilules.

En 1895, fausse couche.

En 1896, la malade contracte une nouvelle blennorrhagie. Elle cesse de suivre son traitement antisyphilitique d'une manière régulière; elle se couche tard et fait la noce.

On la revoit en 1900. A ce moment-là, elle présente une série d'accidents singuliers :

L'urèthre est tuméfié et douloureux; il contient une quantité de pus considérable (pas d'examen de gonocoques). Il existe en même temps une érosion qui paraît assez superficielle de la vulve.

Dans le pli inguinal gauche, on constate une volumineuse polyadénite douloureuse, qui paraît en imminence de suppuration. A ce moment, diagnostic indécis.

Après plusieurs semaines, guérison de la polyadénite sans suppuration.

En 1902, la malade commence à souffrir très vivement en allant à la selle. Bientôt la défécation devient difficile; elle s'accompagne d'hémorrhagie et de pyorrhée. Au bout de quelques mois, la malade ne se soi-

gnant toujours plus, voit s'établir une incontinence partielle des matières fécales, surtout si elles sont liquides. En même temps, il se fait par l'anus un écoulement abondant de liquide purulent et sanieux. Au pourtour de cet anus, elle s'aperçoit qu'il survient de petites grosseurs.

La malade est revue en décembre 1903. A cette date, elle consulte pour la première fois au sujet de ses accidents ano-rectaux. Son état général est déchu; elle est pâle, amaigrie. Pertes vaginales abondantes, jaunâtres, qui n'ont pas été examinées au point de vue des gonocoques. Il n'y a alors ni œdème, ni déformation vulvaire. Tout autour de l'anus sont groupées cinq petites masses roses, presque pédiculisées, non ulcérées, de consistance ferme, grosses comme des noisettes.

Au toucher rectal, on constate que l'anus est à demi béant, entouré par un tissu de consistance ferme, qui se continue avec les masses végétantes déjà mentionnées. Tout ce tissu infiltre et remplace la zone normale des sphincters. En pénétrant, le doigt perçoit des sortes de sillons profonds qui répondent à une prolongation intra-rectale de l'infiltration extérieure. Au bout de 6 ou 7 centimètres, le doigt pénètre dans une ampoule rectale qui paraît saine.

En somme, syphilome ano-rectal aussi caractéristique que possible chez une femme qui a présenté, au moins d'un côté, des accidents ganglionnaires.

Traitement antisyphilitique énergique (frictions, iodure, etc.). La malade n'a pas été revue; mais, dix jours après, elle écrivait qu'une amélioration sensible

s'était produite du côté de l'anus, puis elle ajoutait que du côté gauche de la vulve une petite tuméfaction venait d'apparaître. Elle disait aussi qu'une tuméfaction semblable s'était produite temporairement pendant quelques jours, six mois auparavant, ce qui montre qu'il y a eu dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, des accidents vulvaires.

CHAPITRE III

Lymphatiques et veines des régions ano-rectale et vulvaire.

Nous allons maintenant rappeler certaines notions anatomiques concernant les systèmes lymphatique et veineux des régions ano-rectale et vulvaire, accessoirement de la région pénienne, pour tâcher de nous expliquer, chemin faisant, la localisation spéciale aux deux premières de ces régions des lésions éléphantiasiques et ulcéreuses constituant ou accompagnant le syphilome ano-rectal. Ce chapitre n'est qu'une annexe du précédent, qu'il complète.

§ 1er. — Lymphatiques.

Lymphatiques de l'anus et du rectum. — Nous ferons remarquer tout d'abord que ces lympha-

tiques se signalent par leur grande abondance. Ils naissent de deux réseaux, l'un annexé au revêtement cutanéo-muqueux ano-rectal, l'autre appartenant à la tunique musculaire. Les deux réseaux d'origine arrivent à se confondre par la réunion de leurs troncs collecteurs.

Ces vaisseaux collecteurs peuvent être répartis en trois groupes :

Un groupe inférieur, émané de la peau de la marge de l'anus et tributaire des ganglions inguinaux superficiels ;

Un groupe moyen, issu de la zone cutanée lisse de l'anus et allant aboutir aux ganglions iliaques internes ;

Un groupe supérieur, émané des muqueuses anale et rectale et allant se terminer dans les ganglions du méso-rectum, formant ainsi une chaîne continue avec celle des ganglions lombaires.

Or, les notions d'anatomie-pathologique recueillies au cours de cette étude nous apprennent que les accidents ganglionnaires relevés dans les antécédents de nos malades s'observent sur ces groupes inguinaux, iliaques et lombaires, points de convergence de tous les lymphatiques ano-rectaux. Si nous nous rappelons, en outre, que ces derniers sont remarquables par leur grande abondance, il est aisé de comprendre comment il peut se produire à ce niveau une stase en rapport avec cette abondance, c'est-à-dire considérable,

lorsque les communications sont rompues au niveau des relais ganglionnaires.

Lymphatiques de la vulve. — Les mêmes considérations s'appliquent à la région vulvaire. Ici, encore, nous trouvons un réseau d'origine à mailles très serrées qui recouvre la fourchette, le méat urinaire, le vestibule, le clitoris, les petites lèvres et la face interne des grandes lèvres. « Il est si délié et si serré sur toutes ces parties qu'il se présente au premier coup d'œil, lorsqu'il a été bien injecté, sous le simple aspect d'une teinte gris cendré. Il faut faire appel à la loupe pour distinguer les innombrables filaments argentés qui le composent » (Sappey).

Ici également le chemin que parcourent les troncs collecteurs nous conduit vers les ganglions inguinaux ou iliaques. Ceux de ces troncs qui viennent du tiers antérieur de la vulve se portent directement en haut et en avant vers le mont de Vénus ; là, ils se recourbent brusquement et se portent transversalement vers les ganglions inguinaux superficiels. Les troncs émanés des deux tiers postérieurs se dirigent en haut et en dehors et gagnent directement leurs ganglions terminaux, situés pour la plupart dans le groupe supéro-interne des inguinaux.

Les lymphatiques du capuchon clitoridien se rendent aux ganglions inguinaux superficiels comme les autres lymphatiques de la vulve. Ceux du gland donnent naissance à plusieurs collec-

teurs qui cheminent sur la face dorsale du clitoris et arrivent devant la symphyse pubienne, où ils forment un réseau présymphysien. De ce plexus partent deux ordres de collecteurs : les uns vont aux ganglions iliaques, d'autres vers le ganglion inguinal profond, dans le ganglion de Cloquet.

Nous avons regretté, au sujet des lymphatiques de l'anus et du rectum, de ne pouvoir établir un rapport différentiel entre ceux de la femme et ceux de l'homme. Il semble qu'en ce qui concerne les organes génitaux externes, cette différenciation entre les deux sexes puisse être esquissée.

Lymphatiques de la verge. — Envisagée au point de vue de sa richesse lymphatique, la région pénienne ne saurait, en effet, se comparer à la région vulvaire.

Les lymphatiques des enveloppes, fourreau et prépuce, homologues de ceux du capuchon clitoridien, se rendent aux ganglions inguinaux.

Ceux du gland, de même que ceux du gland clitoridien, vont former un plexus présymphysien d'où se détachent des troncs qui se dirigent, soit vers les ganglions inguinaux, soit vers les ganglions iliaques.

En somme, les lymphatiques de la verge ont une valeur à peu près identique à ceux du clitoris ; or, nous savons que ceux-ci ne représentent qu'une minime partie du réseau vulvaire. Cette différence en faveur des organes féminins peut

nous donner, jusqu'à un certain point, la raison de ce fait étiologique que les lésions étudiées ici s'observent beaucoup plus fréquemment chez la femme. Les voies de propagation étant plus nombreuses, l'infection à distance est plus facile.

§ 2. — Veines.

Veines de l'anus et du rectum. Leurs anastomoses. — L'anatomie des veines ano-rectales et les rapports qu'elles contractent peuvent aussi nous donner une idée pathogénique des lésions qu'on a observées à leur niveau, lésions de phlébite, pouvant, par extension de l'inflammation, concourir à la production du syphilome ano-rectal et peut-être même l'engendrer.

Ces veines tirent leur origine, les unes des tuniques propres du canal ano-rectal, les autres de l'appareil musculaire péri-recto-anal. Après avoir constitué un plexus ano-rectal interne et péri-ano-rectal, elles traversent les parois intestinales pour former sur la face externe du canal le plexus ano-rectal externe.

Ce plexus donne naissance à de grosses veines qui résument toute la circulation ano-rectale. Ce sont l'hémorrhoïdale supérieure, les hémorrhoïdales moyennes, les sacrées moyennes, les hémorrhoïdales inférieures.

La veine hémorrhoïdale supérieure, impaire,

chemine sur la paroi postérieure du rectum et s'engage dans l'épaisseur du mésocolon pelvien, où elle reçoit la veine de ce dernier, pour former la mésentérique inférieure, qui se jette dans la veine porte.

La veine hémorrhoïdale moyenne, paire, reçoit d'autres veines qui lui viennent des organes génito-urinaires : vessie, prostate, vésicules séminales, chez l'homme ; vagin et utérus, chez la femme.

Elle se jette dans la veine hypogastrique, quelquefois dans l'ischiatique.

Les veines hémorrhoïdales inférieures établissent une connexion entre la circulation ano-rectale et la circulation vulvaire. En effet, les veines du groupe antérieur vont s'anastomoser avec les ramuscules honteux externes, émanés de la commissure postérieure de la vulve. Quelques-unes se dirigent vers les veines sous-muqueuses du vagin.

Nous allons voir, en étudiant de plus près la circulation vulvaire, qu'il existe encore d'autres relations, quoique moins directes, entre les deux systèmes.

Veines de la vulve. — C'est ainsi que les veines des grandes lèvres, très nombreuses et toutes anastomosées entre elles, échangent d'importantes communications avec le plexus hémorrhoïdal externe.

Celles des petites lèvres, si grosses et si multipliées qu'elles donnent aux nymphes l'apparence d'un tissu caverneux, s'unissent à celles des

grandes lèvres ; en même temps que celles-ci, elles communiquent largement avec les plexus qui entourent le vagin ; or, nous avons vu que les hémorrhoïdales moyennes recevaient des veines du vagin.

Les rapports différentiels que nous avons établis au sujet des lymphatiques de la vulve et ceux du pénis s'appliquent, dans le même sens, aux veines.

En somme, les communications entre la région vulvaire et la région ano-rectale sont largement établies. Si les voies lymphatiques ne convergent pas directement les unes vers les autres, du moins ont-elles des aboutissants communs représentés par les ganglions inguinaux et iliaques. Rien d'étonnant, par suite, que les lésions ayant leur siège dans ces ganglions retentissent dans les deux directions à la fois, ou bien que l'infection, ayant pour point de départ les lymphatiques vulvaires, se propage, par l'intermédiaire même de ces ganglions, dans les lymphatiques ano-rectaux. La circulation veineuse des deux régions se confond, sur de nombreux points, par suite d'anastomoses, soit directes, soit indirectes.

Ainsi comprenons-nous que l'infection partie de la région vulvaire ait une répercussion sur la région ano-rectale et que, de plus, des accidents vulvaires soient associés, dans la grande majorité des cas, aux accidents ano-rectaux.

Il nous semble que nous possédons maintenant d'assez puissants arguments pour soutenir l'opinion du rôle de la stase lymphatique dans la pathogénie du syphilome ano-rectal. Ces arguments, nous les puisons dans la clinique aidée de l'anatomie, dans l'étiologie, dans l'anatomie pathologique et l'histologie.

Les *arguments cliniques* sont tirés de l'aspect hypertrophique et éléphantiasique tout à fait spécial qui caractérise le syphilome ano-rectal. Ils sont corroborés par ce fait qu'à cette dernière affection sont le plus souvent associées des lésions esthioménales et éléphantiasiques de la vulve. La coexistence de tels accidents, à la suite d'une même maladie primitive, indique presque sûrement une cause commune. Or, le rôle de la stase lymphatique dans la pathogénie de l'esthiomène de la vulve a été suffisamment mis en lumière dans le travail de Koch et la thèse de Longeau-Lagrange.

L'*anatomie,* en nous découvrant les communications lymphatiques qui existent entre la région ano-rectale et la région vulvaire, nous montre que notre théorie se fonde sur des données rationnelles.

L'*étiologie* mentionne des accidents ganglionnaires dans les antécédents du très grand nombre des malades qui nous intéressent.

L'*anatomie pathologique* et l'*histologie* s'associent à l'étiologie pour démontrer qu'il y a très souvent trouble général de la circulation lymphatique. Non seulement l'ensemble du ganglion est radicalement transformé par l'inflammation, mais les vaisseaux lymphatiques eux aussi sont profondément modifiés dans leur structure, ainsi qu'il ressort des observations de Waelsch : il y a adénite et il y a lymphangite, donc obstacle au cours de la lymphe.

Si nous pouvons soutenir notre théorie comme s'adaptant rationnellement à la grande majorité des cas de syphilome ano-rectal, nous hésitons toutefois à la donner comme générale et exclusive. Il existe, en effet, des observations de syphilome où on ne mentionne pas d'accidents ganglionnaires. Peut-être en existait-il à un état assez atténué pour qu'ils pussent passer inaperçus ; mais c'est là, nous l'avouons, une supposition toute gratuite.

Nous préférons donc faire intervenir dans ces cas le rôle de la phlébite, l'inflammation des parois veineuses pouvant, par extension, provoquer les accidents que nous avons étudiés. Nous nous rappelons que Schuchardt, étudiant les ulcérations syphilitiques du rectum, décrit des lésions de méso et d'endophlébite sans signaler de lésions lymphatiques. Nous pouvons donc nous représenter que si celles-là coïncident le plus ordinai-

rement avec celles-ci, elles peuvent aussi, dans quelques cas, exister seules et agir pour leur propre compte.

Au sujet de savoir maintenant si le syphilome ano-rectal est une lésion *syphilitique* ou seulement *parasyphilitique,* comme le veut Waelsch, nous dirons simplement que la syphilis est à l'origine de la question et que cela nous suffit. Pourquoi syphilitique, puisque dans un grand nombre de cas le traitement spécifique est complètement impuissant? Pourquoi parasyphilitique, puisque ce même traitement est quelquefois efficace? Ces deux épithètes sont donc l'une et l'autre trop exclusives, et, si nous voulions nous embarrasser de cette question de mots, nous préférerions adopter le qualificatif de *postsyphilitique*, qui ne préjuge de rien.

CONCLUSIONS

Il est probable que la stase lymphatique joue un rôle dans la pathogénie du syphilome ano-rectal, et cette action se manifeste par l'apparence spéciale hypertrophique des lésions et par leur association et leur similitude avec des altérations vulvaires qui reconnaissent une semblable pathogénie.

En pareils cas, la stase lymphatique est déterminée par des lésions du système ganglionnaire ou des gros canaux afférents.

Ces lésions sont elles-mêmes d'ordres variés : interruption opératoire, suppuration, oblitération inflammatoire.

Elles sont habituellement syphilitiques, mais elles peuvent être favorisées par des accidents d'une autre nature (suppuration ganglionnaire du chancre simple, etc.).

La stase lymphatique ne suffit probablement pas pour expliquer tous les syphilomes ano-rectaux. L'anatomie pathologique nous démontre que la phlébite y joue un rôle actif.

La connaissance de ces données permet, dans une certaine mesure, d'expliquer pourquoi le syphilome ano-rectal est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme (voisinage de la vulve et de l'appareil ano-rectal). Dans ces conditions, la lésion apparaît comme un type de *syphilis régionale.*

D'une manière générale, le syphilome ano-rectal apparaît comme une lésion d'origine et de nature évidemment syphilitique, mais profondément modifiée et compliquée par les données de sa pathogénie et par les conditions anatomiques de ses lésions. Il y a donc là, non seulement des lésions syphilitiques, mais encore des désordres secondairement associés et consécutifs à ces mêmes lésions. Voilà pourquoi le traitement spécifique le plus énergique peut ne donner que des résultats partiels et incomplets, — et pourquoi l'intervention chirurgicale reste souvent le seul procédé de thérapeutique utile.

Vu par le Président de Thèse,
AUDRY.

Vu :
Pour le Doyen,
L'Assesseur,
PRÉBAULT.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 30 juin 1904.
Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
PERROUD.

BIBLIOGRAPHIE

Audry (Ch.). — Du rôle de la stase lymphatique dans la pathogénie du syphilome ano-rectal (Ann. de Derm., 1903, p. 168).

Audry (Ch.) et Dalous. — Esthiomène ano-recto-vulvaire et lymphangiome (Ann. de Derm., 1902, p. 1063).

Bandler (V.). — Zur Kenntniss der elephantiastischen und ulcerativen Verænderungen des æusseren Genitales und Rectums bei Prostituirten (Archiv für Dermatologie und Syphilis, t. XLVIII., p. 337).

Bidon (A.). — Etude sur le syphilome hypertrophique diffus (Th. de Paris, 1885).

Carré (H.). — Rétrécissement dit syphilitique du rectum (Th. de Paris, 1892).

Charpy (A.). — Les veines, in Traité d'anatomie de Poirier-Charpy.

Cornil. — Leçons sur la syphilis. Paris, 1879.

Desprès. — Des chancres phagédéniques du rectum (Archives générales de Médecine, 1868, t XI, p. 257).

Fournier. — Lésions tertiaires de l'anus et du rectum. Syphilome ano-rectal. Rétrécissement du rectum. Paris, 1875.

Gosselin. — Recherches sur le rétrécissement syphilitique du rectum (Arch. gén. de Méd., 1854, t. IV, p. 666).

Hamonic. — Sur la rectite proliférante (Th. de Paris, 1885).

Jacquinot. — Contribution à l'étude et au traitement du rétrécissement vénérien du rectum (Th. de Paris, 1889).

Juliusburger. — Beitræge zur Kenntniss von den Geschwüren und Stricturen des Mastdarms (Th. de Breslau, 1884).

Jullien. — Traité pratique des maladies vénériennes. Paris, 1879.

Koch (F.). — Ulcus vulvæ (Archiv für Derm. und Syph., t. XXXIV, p. 205).

Lachowski. — Rétrécissement syphilitique du rectum (Th. de Paris, 1894).

Lapointe (A.). — Rétrécissements non congénitaux du rectum (Th. de Paris, 1897).

Longeau-Lagrange. — Esthiomène et lymphangiome (Th. de Toulouse, 1902).

Malassez. — Discussion sur la nature du rétrécissement du rectum (Bulletin de la Société anatomique, 1872, p. 329).

Martin (A.). — OEdème dur syphilitique des grandes lèvres (Ann. de Gynécologie, 1878).

Mauriac. — Leçons sur les maladies vénériennes. Paris, 1883.

Monnot (Ch.). — Contribution à l'étude du syphilome ano-rectal (Th. de Paris, 1882).

Oberlin. — De l'œdème dur des grandes et des petites lèvres symptomatique de la syphilis (Th. de Paris, 1879).

Poirier (P.) et Cunéo (B.). — Les lymphatiques, in Traité d'anatomie de Poirier et Charpy.

Riedel. — Dauerndes OEdem und Elephantiasis nach Lymphdrüsen. Exstirpation (Archiv für Klinische-Chirurgie, t. XLVII, p. 216).

De Santi. — Etude sur le rétrécissement syphilitique du rectum (Revue méd. de Toulouse, 1878, pp. 193, 244, 282).

Schuchardt (K.). — Ein Beitrag zur Kenntniss der Syphilitischen Mastdarmgeschwüre (Virchow Archiv für Derm. und Syph., t. CLIV, p. 46).

Trélat. — Le rétrécissement syphilitique du rectum (Progrès médical, 1878, p. 473).

Tschlenow. — Uber die Beziehungen zwischen Elephantiasis vulvæ und Syphilis (Archiv für Derm. und Syph., t. LXV, p. 187).

Verneuil. — Des rétrécissements de la partie inférieure du rectum (Gazette des Hôpitaux, 1872, p. 996).

Waelsch (L.). — Ueber die Beziehungen zwischen Rectum-strictur, Elephantiasis vulvæ und Syphilis (Archiv für Derm. und Syph., t. LIX, p. 359).

(Pour plus amples renseignements bibliographiques, on se reportera utilement à la thèse de Juliusburger.)

Toulouse. — Imp. J. Fournier, boulevard Carnot, 62.